眼科問診票

記入年月日　　年　　月　　日

患者名	様	年齢	歳	職業	
		身長	cm	体重	kg

1．どのような症状で来院されましたか。　□眼脂　□充血　□かゆみ　□痛み

2．それはいつ頃からですか。

3．今までに眼の病気をしたことがありますか。
【ある ・ ない】
あると答えた方　【病名：　　】

4．現在、他の眼科にかかっていますか。
【かかっている ・ かかっていない】
かかっていると答えた方　【病院名：　　】

5．現在までに次の病気にかかったことがありますか。（該当するものに○をつけてください）
糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 肺結核
ぜんそく ・ アレルギー疾患 ・ 心臓病
脳卒中（脳梗塞 ・ その他【　　】）

6．今までに薬や注射、食品でアレルギー症状（じんましん、呼吸困難など）が出たことがありますか。
【ある ・ ない】
あると答えた方　【　　歳頃】【薬品・食品名：　　】
【症状：　　】

7．女性の方のみ教えてください。
現在妊娠の可能性はありますか　【ある ・ ない】　◆現在授乳中ですか　【はい・いいえ】

8．過去 1 ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？
【ある ・ ない】
あると答えた方　【渡航先：　　】
【渡航期間：　　】

久 我 山 病 院